

研究報告

ドイツにおける精神に障害のある親をもつ
子どもへの支援
—CHIMPS に焦点をあてて—
Support for Children of parents with mental illness in Germany
— The case of CHIMPS program —

田野中 恭子

Kyoko TANONAKA

土田 幸子

Sachiko TSUCHIDA

遠藤 淑美

Yoshimi ENDO

抄 録

本研究は、精神に障害のある親をもつ子どもへの支援に関して、ドイツのCHIMPS プログラムを調査し、今後国内で支援を展開していくための示唆を得ることを目的とする。方法は、文献と現地調査より得た情報を基にプログラムの発展経過と支援内容、評価を整理し考察を行った。結果として、プログラムは順に①親面談、②子ども面談、③家族面談（家族全員が障害に伴う問題への対応方法や活用できる支援についての話し合い）が行われていた。家族は参加後、KINDL^R（子どものQOL尺度）等が有意に高くなっていた。考察として、精神疾患のある親とその子どもの生活を支援する際、子どもに疾患の説明をするだけでなく、親子が日常の中で問題や感情を話し合えるように支えること、家族内外の人間関係の構築や社会資源の活用に至るまでのサポートをすることの重要性が示唆された。今後、示唆を参考にし日本の子ども達の状況把握や生活の中で必要な支援の検討を進めていく必要がある。

キーワード ■ 精神障害のある親をもつ子ども、家族、精神障害、ドイツ、CHIMPS

はじめに

日本の精神疾患の患者数は近年増加し、平成 23 年 320 万人となっている¹⁾。それに伴い精神障害のある親をもつ子どもも増えていることが予想される。一方、ドイツ連邦共和国（以下ドイツと記載）では子どもの 13～19%²⁾ が、オーストラリアでは子どもの 23.3%³⁾ が、精神に障害のある親をもつと推定されている。国内では子どもの人数に関する報告はないが、精神障害者福祉手帳を有する人のうち子どもをもつ女性は 17.5%との報告⁴⁾ があり、子どもの数は少なくないことがわかる。

精神障害者の家族に関する諸外国の研究の動向をみると、精神に障害のある親をもつ子どもに着目した研究が多い^{2) 3) 5)}。データベース MEDLINE, CHINAHL with full text, PsycINFO にて、キーワード「精神障害者の親」, 「子ども」で検索し、本研究テーマに関する論文 62 件のうち、ドイツの報告が数多く見られた。そうした子どもの精神疾患の発症リスクは環境要因等から国民全体と比較して 2 から 10 倍であり²⁾、また、子どもの QOL は健常者の親の子どもと比較して「精神的健康」, 「家族」等に関する項目が低いことが明らかにされていた⁶⁾。ドイツでは、そうした子どもを「忘れられたリスクグループ」と呼び⁷⁾、支援を進めていた。

一方、国内では精神障害者の家族研究の大半は障害者の親に関するものであった⁸⁾。子どもに関する先行研究は精神障害のある親をもつ子どもの生活状況を把握した報告⁹⁾ や精神に問題を抱えた親への子育て支援に関する報告はあるが¹⁰⁾、就学以降の子どもに着目した研究はほとんどみられない。子どもへの支援をみると、乳幼児期は十分とは言えないが保健所等からの支援がある。しかし、就学以降はネグレクト家庭の不登校の小学生の中には親が精神疾患を患っている場合があり¹¹⁾、青年期（13～22 歳）では自身の乳幼児期からの発達課題を十分に達成できていない上に、家族の中で介護者や家計を支える役割を担っている¹²⁾ ことが報告されているが、具体的な支援には至っていない。厚生労働省（2014）¹³⁾ によると、平成 24、25 年度の虐待死亡事例のうち加害者が母親である 392 事例中、精神に障害のある事例が 73 事例と一定数あり、日頃からそうした親子への支援が求められている。そこで本研究では、支援が進んでいるドイツの中でも支援活動が認められ全国展開を始めている予防プログラム CHIMPS（Children of mentally ill parents, 以下 CHIMPS と記載）について調査報告を行い、国内での精神に障害のある親をもつ子どもへの支援に関する示唆を得ることを目的とした。

方 法

1. 現地調査

本研究は、文献よりドイツの概況と精神保健の状況、精神障害のある親をもつ子どもに関する研究の経過、CHIMPS の活動内容を把握した上で、以下の通り現地調査を行った。

1) 対象と期間

対象はドイツ北部ハンブルク州の University Clinic Hamburg-Eppendorf 児童思春期クリニック CHIMPS のスタッフ，調査期間は2013年9月1日～7日である。

2) 方法

クリニックを訪問し，活動内容を中心に説明および関連施設の見学と資料の提供を受けた。インタビュー内容は了解を得てICレコーダーに録音すると共に関連施設の写真を撮影した。またインタビュー内容および観察した内容に関して，当日フィールドノートを作成した。

帰国後，フィールドノートをもとに不確かな内容に関しては録音を聞きなおし，または文献に戻り正確な内容を確認し内容を記述した。内容については現地に同行した共著者と事実に基づいているかを確認した。記述内容を繰り返し読み，すでに国内で支援を始めている共著者と意見交換を行い，重要な要素について考察を行った。

2. 倫理的配慮

渡航前に調査目的を記載した文書を送付し，調査への協力の承諾を文書で得た。現地で，再度調査目的を説明し，調査への協力および日本国内での活動の報告の同意を得た。

結 果

1. ドイツの概況と精神保健の状況（表1）

支援の背景となるドイツの概況や精神保健の状況については表1の通りである。日本と比較

表1 ドイツの概況と精神保健の状況

項 目	内 容 (単位)	日 本	ド イ ツ
概 況	面積 (km ²)	37.8 万	35.7 万
	人口 (人)	12,653 万	8,175 万
	子どもの人口 (人)	2,260 万	1,523 万
	GDP (ドル/人)	36,179	39,058
精神科	病床数 (床/10万人) ¹⁴⁾	269	121 OECD 平均 68
	在院日数 (日) ^{1) 15)}	296	20.3
10万人あたりの 精神科スタッフ数 ¹⁶⁾	医師 (人)	11	21
	看護師 (人)	106	56
	臨床心理士 (人)	5	21
	ソーシャルワーカー (人) ¹⁷⁾	15.7	477

※子どもの年齢：日本は20歳未満，ドイツは18歳未満

※出典 OECD Mental Health Systems in OECD Countries 2011¹⁴⁾

国民衛生の動向2014/2015¹⁾, Statistisches Jahrbuch 2011¹⁵⁾

OECD Health Policy Studies Making Mental Health Count 2011¹⁶⁾

Mental Health Atlas 2005¹⁷⁾

して、精神科の入院日数が少なく、多くの精神疾患をもつ人が地域で生活していることがわかる。また、人口 10 万人あたりの精神科のスタッフ数は、看護師は日本の半分であるが、臨床心理士やソーシャルワーカーの人数の多さが顕著である。

2. ドイツにおける精神に障害のある親をもつ子どもに関する研究の変遷と実践活動

1) 研究の変遷

これまでの研究成果を基に CHIMPS プログラムは作成されており、CHIMPS の詳細について報告する前に研究の変遷について概要を述べる。ドイツでは、1970 年代より Remschmidt の研究グループが「精神疾患のある親をもつ子ども」に関する研究を始め、その後関連する研究が増えている。国際的にみても、データベース PSYCHINFO においてこのテーマに関する文献数が 1980 年代より増加している¹⁸⁾。国籍をみると英語圏やドイツ語圏の国々を中心に相互に影響を与えながら研究を発展させていた。例えば Mattejat et al. (2011)¹⁸⁾ によると、1980 年代にスイスにおいてオランダで発展していた子どもの発症予防に関する調査の影響を受け、精神障害者の親をもつ「かつての」子どもへのインタビューを行い、子どもや両親のための情報誌をオランダ語からドイツ語に翻訳している。その情報誌はドイツでも改訂版が出版され、大きな反響をよんでいる。他に、子どもの QOL や精神状態の調査¹⁹⁾、レジリエンス（困難からの回復）²⁰⁾ の要素に関する研究が報告され、介入研究も多数ある。このように子どもや家族、支援等の状況把握と介入研究を積み上げ、その中で CHIMPS も開発されていた²¹⁾。

2) 実践的な支援と国内での連携

精神障害者の親をもつ子どもに関してドイツ語で出版されている本やインターネット上の支援団体が開設している HP は数多く、文献データベースに反映されている以上に実践的な支援が進められている。2013 年現在、国内で約 100 団体が子どもや親への支援活動を行っている。支援の内容は医療に偏らず、教育学や心理学的アプローチを行っている団体が多い。2001 年より支援者同士の連携と交流を深めることを目的に、BAG (Bundes Arbeitsgemeinschaft “Kinder psychisch kranker Eltern”, ドイツ「精神疾患のある親の子ども達」協団体²²⁾) が設立され、年に一度交流集会を開催している。2013 年の協団体の代表は CHIMPS の代表が担っており、国内の支援団体の連携にも努めていた。

3. 現地調査の結果

University Clinic Hamburg-Eppendorf 児童思春期クリニック教授・CHIMPS 代表 A 氏（教授・臨床心理士）と助手 B 氏（臨床心理士）、C 氏（児童思春期精神科医師）へのインタビューと施設見学を行った。文献とインタビューから得られた内容を CHIMPS の発展経過、活動内容、評価に分けて報告する。尚、文中では精神疾患のある親を「親」、その配偶者を「配偶者」、精神疾患をもつ親とその配偶者を「両親」、その子どもを「子ども」と記載する。

1) CHIMPS の発展経過

1998年頃より、ハンブルクで精神科の成人した患者に必要な支援について調査したところ、多くの患者が配偶者や子どもを含む家族への支援を求めていることが明らかになった。次に、家族に焦点をあてたプログラムを開始し、家族支援プログラムとしてまとめられた。その後報告された Matthejat モデル²³⁾を基に作成された「精神障害をもつ親の子ども達のための精神的社会的な成長条件モデル」が示された²⁴⁾。概要は子ども個々のことと関係性に関することとの2つからなり、疾患による精神的社会的負荷を減らす方法や家族の関係性を改善する要素を示している。この要素を基に支援プロジェクトを発足させ、2005年より1家族あたり平均9か月のプログラムの実施と効果検証を行い、2007年から本格的にプログラムを開始している。

プロジェクトを立ち上げたのは研究機関だが、実働はクリニックであった。最初にプロジェクトに理解を示したのは極少数の医師であったため、クリニックに研究者が何度も説明を行い、理解を求めプログラムを開始することができたという。2011年に保険会社から革新的予防プログラムとして表彰され、2013年には、BMBF（ドイツ連邦教育研究所）がCHIMPSの導入を決定し、全国5か所で展開を始めている。

2) 活動内容

(1) プログラムの対象者

対象は両親と子ども（3歳から21歳）のいる家族である。診断名に関わらず、子どもにとっては親が精神的に病んでいることにかわりがないので、診断名による区別はしていない。ただし、親の症状が悪化した時には対応が変わるため、親の症状は把握しているとのことであった。0歳から3歳未満の乳幼児に関しては、クリニックのデイサービスで親子のセラピーが実施されていた。年間150家族、約300名の子どもがプログラムを受けており、費用は医師の指示があれば医療保険で賄われ、自己負担はないとのことであった。

紹介ルートとしては、クリニックからの紹介が多く、精神科に通院する患者は医師との関係性ができてから、また入院患者に関しては症状が落ち着き退院が近づくと患者自身が家族のことを考える余裕ができるため、その時期にプログラムを紹介されていた。また、児童思春期精神科の患者の中で親の精神疾患が問題の中心になる場合でも紹介されていた。

(2) スタッフ：家族療法士、児童思春期精神科医、臨床心理士（診断を行う心理士を含む）

(3) プログラムの目標（表2）

このプログラムの目標は3つあり、i) 精神疾患の説明と生活の中での対応力の強化、ii) 家族内外の人間関係の強化、信頼できる他者との関係づくり、iii) 家族内のダイナミクスの強化である。i) の疾患の説明に関して、子どもは感受性が強く想像がでてくるが、説明がなければ、さらにその内容が膨らむ。想像が最悪になることは子どもにとって良いことではない。ドイツでは、4割の子どもが疾患や治療について説明を受けておらず²⁴⁾、CHIMPSでは子どもの年齢に応じて疾患および相談先についての説明を行っていた。

表2 プログラムの目標

目 標	内 容
i) 精神疾患の説明と生活の中での対応力の強化	<ul style="list-style-type: none"> ・両親への疾患に関する情報提供と解説、子どもへの年齢に応じた情報提供と解説 ・疾患と関連している家族内の問題に関して家族内のコミュニケーションの増加 ・家族と環境の中での疾患との付き合い方の見出し ・家族への支援に関する情報提供と積極的な活用の促進
ii) 人間関係の強化	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患をもつ親、配偶者、子どもの孤立からの回復 ・家族員関係の強化 ・各子どもが人間関係の経験を積めるように、家族外の人間関係を検討 ・各子どもの具体的な成長阻害要因と保護要因に関して両親の理解を促進 ・各子どもの強みと弱みの把握と成長の促進
iii) 家族ダイナミクスの強化	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患に関する情報や衝突等の家族の経験を家族のダイナミクスと関連づけての理解

※出典 Wiegand-Grefe, S., Susanne Halverscheid, et al., 2011²¹⁾

ii) については、親が精神障害をもっている場合、親自身が孤立しやすく、その子どももまた社会とのつながりにくい。そこで、生活の中で信頼できる専門職を含む他者との関係づくりを進めていた。精神障害がもたらす危機として離婚や入院が挙げられ、子どもは親が常にまたは一定期間不在となることをしばしば経験する。その際、他の信頼できる人物と強いつながりをもつことで、子どもは人間関係の欠如からくる精神不安を克服または最小限に留めることができる²¹⁾。その人物は祖父母またはその他の家族成員、隣人や家族の友人であってもよいとのことであった。iii) については、問題の根底にある家族ダイナミクスに注目し、家族内のコミュニケーションの向上と家族や環境の中での障害とのつきあい方を見出すことを促し、問題を乗り越える力の強化を目指していた。

(4) プログラムの展開（図1）

具体的なプログラム（図1）に示す通り、最初に①親面談、次に②子ども面談および子どもの診断的面談（精神状態に関する問診）、最後に③家族面談の順に行う。

① 親面談

プログラムではまず両親の面談を2、3回、家族療法士と診断専門療法士（診断に関する訓練を受けた臨床心理士）が行っていた。内容は親の病状や生活状況、疾患の理解、症状への対応方法、人間関係、子ども達のこと（例、心配なこと、子どもの症状や問題への対処方法等）、面談での目標等を把握していた。回を重ねながらこれらの内容を把握し、対象の理解を深めるとともに、両親との信頼関係を築いていた。離婚している場合は最初の面談でもう一方の親もしくは子どもと強いつながりをもつ他の人を同席させるかを検討していた。離婚しても子どもにとって親であることは変わりなく、キーパーソンになることが多いため、ほとんどのケースでもう一方の親も参加しているとのことであった。

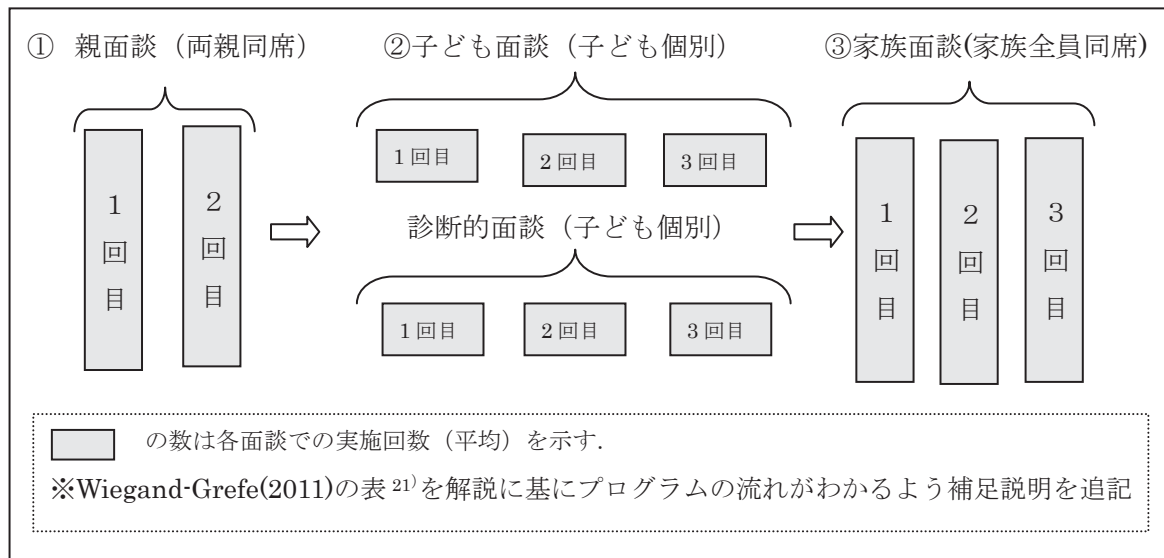


図1 CHIMPS プログラム

② 子ども面談と診断的面談

子ども面談では、3歳以上の各子どもの面談を1, 2回、児童思春期精神科医が行っていた。面談は可能な限り両親は出席せず、子どもとスタッフ2人だけで行っていた。内容としては主に子ども達の中から見た家族の状況の把握であり、背景にある家族内外の人間関係構造を考慮して面談していた。小学校入学前の子どもにはゲームなどの遊びを全面にだして、面談することであった。子どもの面談と並行して、ICD-10の指標に基づいて診断的面談を診断専門の心理士が行い、子どもの精神的健康に関して把握していた²⁵⁾。10歳以下の子どもに関しては、親に問診を行い、10歳以上の場合は子ども自身にも問診を行うという。これまで参加した子どもの51%が何らかの精神的症状を示していた²⁶⁾が、情緒的サポートまたは医療的サポートを受けている子どもはいなかったとのことであった。

③ 家族面談

最後にこのプログラムで最も重要である家族成員全員が参加する家族面談を3回程行っていた。スタッフは親面談と子ども面談に入った両スタッフも参加する。家族は守られた空間の中で、個別面談で把握された家族個々の理解、状況に対する受け止め方、将来への気持ちを家族で共有する²⁴⁾。具体的に家族関係について話し合うことで、後に日常に取り入れることのできる新たなオープンなコミュニケーションの形を体験することができるとのことであった。また、両親の目標、子どもの目標、家族全体の目標についても話し合われていた。具体的には、「家族全体でどうしていきたいのか?」「周りでどのようにサポートできるか?」や「社会との繋がり」について、スタッフのサポートの基、家族が話し合うということであった。

特に両親が子ども達と精神的な病気について一緒に話すことを重視していた。その際、スタッフもサポートを行うが、この内容を親が話すことで、子どもが抱えていた疑問が大幅に解

消され、これまで子ども達のなかで形成されていた罪悪感（例、自分のせいで親の症状を悪化させたのでは、他）について話題となり、子ども達の負担を取り除くことに貢献するとのことであった。Wiegand-Grefe²¹⁾はこの点に関して、ある家族の事例を次のように紹介していた。「家族面談の中で、初めて母親の精神障害について話し合われた。13歳の息子が母親に涙を流しながら、母親についてとても心配していること、そして母親自身のために再びいろいろなことができるようになることを望んでいると話した。母親は、息子が母親の状態についてそのようなことを考えていたことを初めて知り、驚いていた。先の親面談では、母親は子ども達に心配をさせたくないで、子ども達と病気について話すということにとっても強い不安を感じていると話していた」²¹⁾。このように、親と子どもが疾患への気持ちを共有していないため、双方が不安を抱えていることが示されていた。

CHIMPSでは、まず両親と面談することでスタッフと親との共同体を形成することが重要と考えていた。親とスタッフとの間に信頼関係ができれば、次に子ども達が話す際に親を裏切るのではないかという葛藤を減らして面談することができるという。多くの親は精神疾患に関する偏見をもっており、恥や罪の感情のために、子ども達をプログラムに紹介することを非常に辛く感じている。この気持ちをまず親面談で軽減するようにスタッフは関わっていた²⁴⁾。一方で両親の親密なテーマ（例、セクシャリティ）や、両親間の衝突に関する話題は、子どもが出席していない場で話をされていた。内容により話す機会や参加者を区別することで、親自身が面談を受ける敷居を低くしているとのことであった。

面談の最後には今後の継続したサポートに関して、具体的な計画をたてると共に、新たな問題が起こればまた面談に来られることを伝えていた。CHIMPSだけでなく、精神障害をもつ親とその子どもが地域の支援とつながることが重要となる。具体的にはどういう支援が受けられるのかを家族に情報提供するだけでなく、この家族に何が必要かのマッチングを行い、セラピーや両親の関係性の治療、家庭訪問する支援機関などに繋いでいた。支援を通して親の負担が軽くなれば、子どもの負担も軽減するとのことであった。

3) プログラムの評価

プログラム前後に親の病状、親と子どもの生活の質、家族関係と家族機能、子どもの精神的健康等について評価を行っていた。重要な変化としては、KINDL^R（子どものQOL尺度）、IIP（対人関係尺度）およびFB-A（家族機能尺度）が介入後に有意に高くなり、改善していることが示された²⁷⁾。

*注釈1：KINDL^R（英訳 Questionnaire for Measuring Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents）は Bullinger et al. が作成し、身体的健康や精神的健康、自尊感情、家族、友達、学校生活に関する状態を評価する²⁸⁾。

注釈2：IIP（Inventar interpersonaler Probleme）は Horowitz et al. が作成し、対人関係尺度として支配的、内向的、他者配慮的等を評価する²⁹⁾。

注釈3: FB-A (Allgemeiner Familienbogen) は Cierpka et al. が作成し、家族機能として役割遂行、コミュニケーション、情緒的關係、規範等を評価する³⁰⁾。

考 察

ドイツの CHIMPS の活動内容を中心に報告したが、国内で精神に障害のある親をもつ子どもへの支援を進めていくための示唆を得るため、結果から支援での重要な要素の考察を行う。

1. 親と子どもの会話を通じて、子どもの疾患理解を促進

CHIMPS の目標の中に「子どもへの年齢に応じた情報提供と解説」がある。ドイツにおいては、親の精神疾患について説明を受けていない子どもが4割いた²⁴⁾。一方日本では障害に関する説明を受けていない子どもは63%との報告³¹⁾があり、日本の子ども達が置かれている状況の深刻さがわかる。説明を受けない中で、子どもは罪責感や他人に知られてはいけない秘密をもっていると感じ、一人で問題を抱え込む³²⁾。このことから、子どもへの支援として疾患の説明の重要性が挙げられる。説明は子どもの年齢に応じた内容が求められ、欧米では、年代別の説明用パンフレットが作成され無料で配布されている²⁾。また、多くの絵本や図書、インターネットから検索できる資料もあり³³⁾、子どもの理解を助けられていると考えられる。国内では、精神障害の親をもつ子どもに関する絵本³⁴⁾が出版されているが、社会にでている情報は多いとは言えない。子どもへの説明を助ける媒体の普及が必要であると考ええる。

また、その進め方や内容が重要となる。CHIMPS では、親から子どもに疾患や症状に伴う日常生活上の問題を説明することをサポートしていた。具体的には、まず親面談で親が行っている子どもへの疾患についての説明内容を把握する。その中で子どもへの説明に関して親からの疑問にも答え、今後の面談や家庭生活で、どのように子どもに説明するかを親と共有する。次の子ども面談では、子どもから疾患に関する理解を直接的には聞かず、プログラムについてどこまで説明を受けているのかを聞いていた。必要があればプログラムに関しての説明が行われていた。このやり取りを通して、子どもが実際に疾患について理解している内容を把握していた。もしも事前の親面談で親が子どもに詳しい疾患の説明を希望すれば、スタッフは子ども面談では説明せずに、家族面談で親から行う説明のサポートを行うとのことであった。このように親が子どもと疾患について話す機会をつくる理由は、家族の中で疾患とその付き合い方、それに伴う感情が話し合われる場合、疾患は子どもを大きく脅かすものにはならない²⁵⁾ということがこれまでの研究で明らかになっているからである。家族の中でその話題がされなかった場合は、子どもは一人で不安と心配を抱え込むことになる。そのため CHIMPS では、子どもへの説明をその場限りの対応で終わらせず、これからも続く親子の関係性を重視して行っていた。日本でも親の疾患に比較的巻き込まれにくかった子どもは家庭で疾患について話

をしていたとの指摘があり³⁵⁾、親子の会話を通じて子どもの疾患理解を促すことの重要性が示唆された。

2. 家族内外の人間関係構築のサポート

家族面談において疾患の理解だけでなく、症状からくる日常の問題をどのように乗り越えていけばいいのかが家族内で話し合われる。そうすることで、家庭内での家族成員の孤立を克服し、家族内部の人間関係を強化することになる。日本では家族支援は、精神に障害のある人は含まず、家族からの相談への対応や家族教室等の開催が一般的である³⁶⁾。その参加者は親や兄弟で、子どもの姿はほとんどみない。それは、対象となる子どもが少なかったこともあるだろうが、子どもは大人のように助けを求めることができず、見落とされているのではないかという指摘もある³⁷⁾。今後、障害からの影響をうけている子どもも含めて家族支援を行っていく必要がある。個々の家族が生活の中で親のもつ精神障害からくる様々な出来事を親子のオープンな会話と強い関係の中で乗り越えていけるように支えていくことが重要であると考えらる。

家族外の人間関係について、親が不在または関係づくりが困難な状況であっても、その困難からの回復要素として「学校への興味と関心」「健全な大人や友人との強固な関係」が挙げられている²⁾。CHIMPSでは、子どもと継続して信頼関係を保てる祖父母や親の友人などのプログラムへの参加も検討し、彼らの関わり方についても相談していた。さらにスタッフは子ども達や親が日常生活で出会う学校の教員への研修会や地域住民への啓発活動も活発に行っていた。学校で「精神保健」に関する授業はなく、精神に関する知識は子どもも教員も少ない。子どもの学校生活を支える教員の理解を促すことも子どもの回復を助ける重要な要素といえる。

3. 社会資源の紹介と活用に至るまでのサポート

プログラム終了前には家族に合う支援を提案し、その支援機関や支援者を引き合わせている。日本で生活困難者からの相談を受けているNPO法人の調査によると、対象の2,000名（精神疾患のある人は28%）のうち公的機関に相談に行ったものの、本来は公的制度を利用できる状況にあるにも関わらず利用にいたらず、NPOに相談に来た人が73%いた³⁸⁾。その理由として、本人が旨く自分の状況を説明できなかつたり、誤った説明をされたこと等が挙げられている。このことから、障害をもつ人が自力で支援を受けることの難しさがわかる。また、その子どもが支援者とつながることはさらに困難である。障害をもつ人とその子どもにサービスを紹介する時は、本人達に合う支援を実際に活用できるように引き合わせるところまで行う必要がある。

以上、ドイツの子ども支援プログラムCHIMPSについて考察してきた。本研究は文化や社会制度の異なる他国の一例であり、プログラムを日本でそのまま展開することは難しい。しかし、精神疾患のある親とその子どもの生活を支援する際、親から子どもに疾患の説明を行い、

親子が日常の中で問題や感情を話し合えるように支えること、家族内外の人間関係の構築や社会資源の活用をサポートすることの重要性が示唆された。日常生活でのサポートが子どもの孤立感と不安を軽減し、精神疾患の予防にもつながると考える。日本でも先進事例を参考にして、子どもの困難な状況の把握や、生活の中で必要な支援について早急に検討していく必要がある。

結 論

ドイツでは1980年代以降に精神に障害のある親をもつ子どもへの支援が進められており、現在約100団体が国内で情報交換しながら支援を行っている。調査したCHIMPSでは2005年から家族面談を中心としたプログラムを開発し、年間150組、300人の子どもが参加していた。面談では、親と子どもの会話を通じて子どもの疾患理解を促し、家族内で症状や諸問題について話し合う関係づくりを進めていた。また、家族と家族外の人・サービスとをつなげる役割も担っていた。本研究の示唆を参考にして日本でも早急に支援を検討していく必要がある。

謝 辞

本研究に協力くださいました University Clinic Hamburg-Eppendorf 児童思春期クリニックの Dr. Silke Wiegand-Grefe やスタッフの皆さん、ご尽力いただいた関係者の皆さんに心から感謝申し上げます。なお、本研究は JSPS 科研費 25671006、佛教大学特別研究費の助成を受けたものです。

文 献

- 1) 厚生労働統計協会, 国民衛生の動向・厚生指標 増刊, 61 (9), 131,459, 2014.
- 2) Mattejat F., Lenz A., et al., Kinder psychisch kranker Eltern-Eine Einführung in die Thematik. Kinder mit psychisch kranken Eltern, Vandenhoeck & Ruprecht, Bonn, 2011, 17.
- 3) Mayberry D., Reupert A., et al., Prevalence of parental mental illness in Australian families, Psychiatric Bulletin, 33, 22-26, 2009.
- 4) 精神障害者九州ネットワーク調査研究委員会, 精神医療ユーザーアンケート報告ユーザー 1000 人の現状・声, 精神障害者九州ネットワーク調査研究委員会, 2004.
- 5) Mayberry D., Ling L., et al., Children of a parent with a mental illness: perspectives on need, Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH), 4 (2), 1-11, 2005.
- 6) Pollak E., Bullinger M., et al., How do mentally ill parents evaluate their children's quality of life? Associations with the parent's illness and family functioning. Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie, 57 (4), 301-314, 2008.
- 7) Wiegand-Grefe, S., Geers, P., et al., Kinder psychisch kranker Eltern-Risiko, Resilienz und Praevention. Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde 31 (4), Deutscher Ärzte Verlag Köln, 161-168, 2009.

- 8) 田野中恭子, 統合失調症の家族研究の変遷, 立命館人間科学研究, 23, 75-89, 2011.
- 9) 土田幸子, 長江美代子, 他 2 名, 精神障害を持つ親と暮らす子どもへの支援－インタビューによる生活状況の把握から－, 日本児童青年精神医学会総会抄録集, 日本児童青年精神医学会編, 232, 2010.
- 10) 澤田いずみ, 高橋由美子, 精神に問題を抱えた親の複合的困難と他職種連携による支援, 保健師ジャーナル, 70 (5), 381-385, 2014.
- 11) 牧野忍, 巽あさみ, 他 1 名, ネグレクト家庭の不登校児童に関する小学校教諭の支援の経験, 第 2 回日本公衆衛生看護学会学術集会講演集, 92, 2014.
- 12) 北山沙和子, 家庭内役割を担う子どもたちの現状と課題－ヤングケアラー実態調査から, 兵庫教育大学大学院学校教育研究科 2011 年度修士論文, 2011.
- 13) 厚生労働省, 特集 2 精神疾患のある養育者における事例について, 子供の虐待による死亡事例等検証結果などについて (第 10 次報告), 22-44, 2014.
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000058560.pdf> (2014 年 9 月 26 日)
- 14) OECD, Mental Health Systems in OECD Countries, 2011, <http://www.oecd.org/els/health-systems/MMHC-Country-Press-Note-Japan-in-Japanese.pdf> (2014 年 9 月 1 日)
- 15) Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2011, 245, 2011.
- 16) OECD, OECD Health Policy Studies Making Mental Health Count, 179-181, 2011.
http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/making-mental-health-count_9789264208445-en#page182 (2014 年 9 月 1 日)
- 17) WHO, Mental Health Atlas 2005 http://www.who.int/mental_health/evidence/mhatlas05/en/ (2014 年 9 月 1 日)
- 18) Wiegand-Grefe, S., Matthejat, F., et al., Kinder mit psychisch kranken Eltern Klinik und Forschung, Vandenhoeck & Ruprecht, 13-24, 2011.
- 19) Wiegand-Grefe, S., Halverscheid, S., et al. Psychopathology and Quality of Life in Children of Mentally Ill Parents, Mental Illnesses – Evaluation, Treatments and Implications, InTech open science, 21-34, 2012.
- 20) Lentz, A., Kinder psychisch kranker Eltern stärken, Hogrefe, Paderborn, 2005. 48-129.
- 21) Wiegand-Grefe, S., Halverscheid, S., et al., Kinder und ihre psychisch kranken Eltern, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen, 2011, 86-107.
- 22) BAG KipE : Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch erkrankter
<http://bag-kipe.de/> (2013 年 7 月 20 日)
- 23) Matthejat, F., Wüthrich, C. et al., Kinder psychisch kranker Eltern Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. Nervenarzt, 71, 164-172, 2000.
- 24) Wiegand-Grefe, S., Susanne, Halverscheid, et al. Kinder und ihre psychisch kranken Eltern, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen, 2011, 25-27.
- 25) Wiegand-Grefe, S., Kinder psychisch kranken Eltern, Eine psychoanalytisch familienorientierte Prävention für Familien mit psychisch kranker Eltern, In A. Springer, K., Gießen, 439-459, 2007.
- 26) Wiegand-Grefe, S., Plass, A., et al, Kinder psychisch kranker Eltern – Risiko, Resilienz und Prävention, Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde 31, Deutscher Ärzte -Verlag, 161-168, 2009.

- 27) Wiegand-Grefe, S., Werkmeister, S., et al., Gesundheitsbezogene Lebensqualität und soziale Unterstützung von Kindern psychisch kranker Eltern: Effekte einer manualisierten Familienintervention, *Kindheit und Entwicklung*, 21 (1), 64-73, 2012.
- 28) Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M., KINDL^R. Questionnaire for Measuring Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents. Revised Version. Manual. 2000.
http://u.jimdo.com/www67/o/.../KINDL_manual_English.pdf (2013年8月1日)
- 29) IIP-D Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme - deutsche Version, 2000.
<https://www.unifr.ch/ztd/HTS/inftest/WEB-Informationssystem/de/4dek01/2b9a8d62af3a11d4ae610050043beb55/hb.htm> (2014年8月5日)
- 30) Cierpka, M., Frever, G., FB Familienbögen Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen, Testzentrale, 1995.
<http://www.testzentrale.de/programm/familienbogen.html> (2014年8月5日)
- 31) 土田幸子, 「精神障害を持つ親」の子ども支援について, *精神看護*, 16 (5), 医学書院, 55, 2013.
- 32) Mattejat, F., Remschmit, H., The Children of Mentally Ill Parents, *Deutsches Ärzte -blatt International*, 105 (23), 413-418, 2008.
- 33) Royal College of Psychiatrists, Parental mental illness: the problems for children: information for parents, careers and anyone who works with young people <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/translations/japanese/mentalillnessinparents.aspx> (2014年9月18日)
- 34) プルスアルハ, ボクのせいかもしれない - お母さんがうつ病になったの -, ゆまに書房, 2012.
- 35) 土田幸子, 精神障がいを抱える親と暮らす子どもたちに必要な支援とは, *SYNODOS JOURNAL*, 2014. <http://webronza.asahi.com/synodos/2014080500003.html> (2014年9月20日)
- 36) 鈴木和子, 渡辺裕子, 家族看護学 理論と実践第4版, 日本看護協会出版会, 261, 2012.
- 37) 瀬戸紗智子, “子ども”に焦点を当てた支援を, *精神保健福祉*, 43 (1), 34, 2012.
- 38) 認定NPO 法人自立生活サポートセンター・もやい, もやい生活相談データ分析報告書,
http://moyai-files.sunnyday.jp/pdf/20140907_moyaidatakani.pdf (2014年9月18日)

(たのなか きょうこ 看護学科)

(つちだ さちこ 鈴鹿医療科学大学看護学部)

(えんどう よしみ 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻)

2014年9月30日受理

